



ANAMNESEBOGEN FÜR IHR KIND

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern

Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wenn sich Angaben auf dem Anmeldebogen ändern, sollten Sie uns dies bei ihrem nächsten Besuch mitteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname

Geburtsort und -datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Hausarzt/Kinderarzt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Dürfen wir Sie halbjährlich per Postkarte an die
Vorsorgeuntersuchung erinnern? Ja Nein

Erziehungsberechtigte/er

Vater _____(Name)

Mutter _____(Name) Beide

evtl. abweichende Anschrift der Eltern: _____

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsort und -datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Versicherung/Krankenkasse: _____

Gesetzlich versichert

privat versichert

Basistarif

Zusatzversicherung

Bitte umdrehen

Allgemeiner Gesundheitszustand

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → | wenn ja, welche_____ | |
| Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → | wenn ja, welche_____ | |

Welche Medikamente nimmt ihr Kind regelmäßig ein?_____

Wurden ihr Kind in den letzten 12 Monaten geröntgt?_____

Mundgesundheitsituation

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?_____

Welches Anliegen führt Sie heute in unsere Praxis?_____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, in welcher Praxis?

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?_____

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer vorausgegangenen Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter